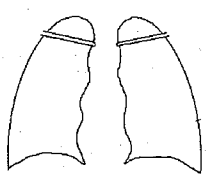


健康診断証明書

※ 太線内は受診者本人が記入してください。

ふりがな 氏名		性 別	男 女	生年月日 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	志願区分 教科等	小 中 養 栄養
現住所	〒	携帯電話 ()				2次試験	
連絡先	〒	電話 ()				受験番号	
既往歴	(発症年齢、病名、治療・完治の有無等を記入)			身長	cm	体重	kg BMI
				視力	裸眼 右 左	矯正 右 左	
現 症	伝染性疾患				聴力	1000Hz	4000Hz
	神経系疾患					右 dB	dB
	循環器系疾患					左 dB	dB
	腎臓疾患				血圧	収縮期	拡張期
	肝臓疾患					(1) mmHg	mmHg
	代謝・内分泌疾患					(2) mmHg	mmHg
	その他の疾患				尿検査	蛋白	- ± + 2+ 3+
	精神障害					糖	- ± + 2+ 3+
	視聴覚障害				心電図 検査		
	言語障害 機能障害				聴打診		
胸部エックス線検査	令和 年 月 日 撮影			その他の所見 なし・あり (※具体的に記載すること)			
所見なし 所見あり []				日常生活 支障なし・支障あり () 勤務 支障なし・支障あり ()			
上記のとおりであることを証明する。 令和 年 月 日 医療機関名 " 住所 " 連絡先 医師氏名 印							

埼玉県使用欄

判定	左記のとおり判定する。令和 年 月 日
	医療機関名 さいたま市浦和区高砂3-15-1 埼玉県教育局総務部福利課
	医師氏名

1 既往歴・現症

本人の告知により、病名、発症時期、治療（治療終了又は治療中）の有無、経過（経過観察中又は完治）等を記入してください。該当がない場合は、「なし」「特になし」等と記入してください。

2 胸部エックス線

直接撮影で検査してください。撮影年月日を必ず記入してください。

異常所見のあるときは精密検査を実施し、フィルム（CD-ROM可）を添付してください。また、診断名が肺結核の場合は「日本結核病学会病型分類に基づく病型」及び「指導区分」により記入してください。

3 視力

裸眼視力が0.7未満のときは、必ず矯正視力を検査してください。

矯正視力が0.7未満のときは、再矯正し、検査をしてください。再矯正の視力が0.7未満のときは、「現症（視聴覚障害）」欄に、病名及び症状を記入してください。

コンタクトレンズ装着のため、裸眼測定困難の場合は、空欄でも可。（矯正0.7以上の場合に限る）

4 聴力

1,000Hz、4,000Hzの聴力をオーディオメータで測定し、その数値を記入してください。

なお、片耳の聴力が1,000Hzで30dB、4,000Hzで40dBを超えるときは、周波数250Hz、500Hz、1,000Hz、2,000Hz、4,000Hz及び8,000Hzにおけるオーディオグラムを添付してください。

5 血圧

1回目の検査結果を(1)に記入してください。1回目の検査結果が収縮期140mmHg以上、拡張期90mmHg以上のときは、安静座位にて再検査し、その結果（数値）を「血圧」欄(2)に記入してください。

さらに、安静座位の数値が収縮期140mmHg以上、拡張期90mmHg以上であったときは、以下の項目について検査し、検査成績書を添付してください。

・総コレステロール	・HDL-コレステロール	・LDL-コレステロール	・トリグリセライド
・クレアチニン	・尿素窒素	*尿蛋白定量	*尿沈査
* 次の尿定性検査（蛋白・糖）が陰性の場合は「尿蛋白定量」「尿沈査」を省略			

6 尿蛋白

検査の結果、(+)以上のときは、早朝尿により再検査し、その結果を「その他の所見」欄に記入するか、検査成績書を添付してください。

さらに、早朝尿が(-)でなかった場合は以下の項目について検査し、検査成績書を添付してください。

・尿蛋白定量	・尿沈査	・尿素窒素	・クレアチニン
--------	------	-------	---------

7 尿糖

検査の結果、(+)以上のときは、食後2時間の尿により再検査し、その結果を「その他の所見」欄に記入するか、検査成績書を添付してください。

さらに、食後2時間の尿が(-)でなかった場合は以下の項目について検査し、検査成績書を添付してください。

・血糖	・ヘモグロビンA1c
-----	------------

8 心電図

正常範囲以外の場合は、必ず心電図を添付してください。

9 その他

上記の他、この健康診断証明書の記入に際し、必要なものがあれば検査をし、その結果を「その他の所見」欄に記入するか、検査成績書を添付してください。他に所見がない場合は「特になし」等と記入してください。

また、日常生活及び勤務への支障の有無について、「その他の所見」欄下部に記入してください。

合格者の皆様へ

- 1 所定の健康診断証明書を医療機関へ持参して受診してください。公立、私立の別は問いません。結果が出るまでに日数がかかる場合がありますので、余裕をもって受診してください。
- 2 〈記入例〉を必ず医療機関に渡し、読んでもらってください。
健康診断証明書を受け取った後、必ずご自身で内容を確認し、空欄や再検査等がないことを確認してください。内容に不備があった場合、再度の提出をお願いすることがあります。
- 3 受診前に太線内を自分で正確に記入しておいてください。
- 4 眼鏡、コンタクトレンズを使用する方は、受診の際に必ず持参してください。
- 5 受診日はこの健康診断証明書を入手した日以降とします。
- 6 11月に各教育事務所で行われる採用候補者面談時に必ず提出してください。
- 7 必要と認めた場合は、諸検査の再検査、精密検査の指示をすることがあります。
- 8 受診に要する費用は、受験者の負担とします。

問い合わせ先 埼玉県教育局市町村支援部

小中学校人事課 人事・学事・働き方改革担当

電話 048-830-6937

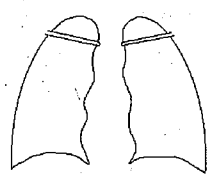
※医療機関各位へのお願い

この健康診断証明書は、埼玉県公立学校教職員採用時に必要な書類です。

裏面および記入例を参照の上、すべての項目について御記入をお願いいたします。なお、結果を記載する欄がないものについては、「その他の所見」欄への記入又は検査結果が記載されたものを添付してください。

健康診断証明書 <記入例>

※ 太線内は受診者本人が記入してください。

ふりがな	さいたま いちろう	性	男	生年月日	昭和・平成△△年△月△日	志願区分	小 中 養 栄養				
氏 名	埼玉 一郎	別	女	年 齢	□□ 歳	教科等	国 語				
現 住 所	〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1				携帯電話 090 (1234) 5678	2次試験	※2次のみ記入				
連 絡 先	〒 ※他に連絡先がある場合				電話 ※携帯電話でも可	受験番号	9 9 9 9 9 9				
既 往 歴	(発症年齢、病名、治療・完治の有無等を記入) ○○○○ (□□歳)、完治 ※治療中か完治かを必ず記入 ない場合は「なし」と記入				身 長	□□□ cm	体 重	□□ kg	BMI	※小数点第二位を四捨五入して記入	
					視 力	裸眼 右 0.6 左 0.4	矯正 右 1.0 左 0.5	※矯正が0.7未満は再矯正して検査			
現 症	伝染性疾患	異常なし			聴 力	1 0 0 0 Hz 4 0 0 0 Hz					
	神経系疾患	異常なし				右 30 dB	40 dB	※オージオグラム作成			
	循環器系疾患	異常なし				左 35 dB	45 dB	(必ず数値で記入)			
	腎 臓 疾 患	異常なし			血 圧	収縮期 拡張期					
	肝 臓 疾 患	異常なし				(1) 1 4 8 mmHg	9 5 mmHg				
	代謝・内分泌疾患	異常なし				(2) 1 3 2 mmHg	8 5 mmHg				
	その他の疾患	異常なし			尿検査	蛋白	±	+	2+	3+	※基準値を超える場合は検査が必要
						糖	-	±	(+)	2+	3+
	精神障害	異常なし			心電図	正常範囲					
	視聴覚障害	※矯正視力0.7未満は病名・症状を記入			検 査	※正常範囲以外の場合は、心電図を添付すること。					
	言語障害	異常なし			聴打診	異常なし等					
	機能障害	異常なし									
胸部エックス線検査	令和 年 月 日 撮影 ※撮影日を記入する				その他の所見 (なし) あり (※具体的に記載すること) ・特に所見が無い場合は必ずなしに○を付ける						
所見なし					日常生活 (支障なし・支障あり ())						
所見あり					勤務 (支障なし・支障あり ())						
※異常所見ありの場合はフィルム(CD-ROM可)を借用します。											
上記のとおりであることを証明する。											
令和 年 月 日 医療機関名											
" 住所											
" 連絡先											
医師氏名											
印											

※すべての欄に空欄がないか必ずご確認ください。

1 既往歴・現症

本人の告知により、病名、発症時期、治療（治療終了又は治療中）の有無、経過（経過観察中又は完治）等を記入してください。該当がない場合は、「なし」「特になし」等と記入してください。

2 胸部エックス線

直接撮影で検査してください。撮影年月日を必ず記入してください。

異常所見のあるときは精密検査を実施し、フィルム（CD-ROM可）を添付してください。また、診断名が肺結核の場合は「日本結核病学会病型分類に基づく病型」及び「指導区分」により記入してください。

3 視力

裸眼視力が0.7未満のときは、必ず矯正視力を検査してください。

矯正視力が0.7未満のときは、再矯正し、検査をしてください。再矯正の視力が0.7未満のときは、「現症（視聴覚障害）」欄に、病名及び症状を記入してください。

コンタクトレンズ装着のため、裸眼測定困難の場合は、空欄でも可。（矯正0.7以上の場合に限る）

4 聴力

1,000Hz、4,000Hzの聴力をオーディオメータで測定し、その数値を記入してください。

なお、片耳の聴力が1,000Hzで30dB、4,000Hzで40dBを超えるときは、周波数 250Hz、500Hz、1,000Hz、2,000Hz、4,000Hz及び8,000Hzにおけるオーディオグラムを添付してください。

5 血圧

1回目の検査結果を(1)に記入してください。1回目の検査結果が収縮期140mmHg以上、拡張期90mmHg以上のときは、安静座位にて再検査し、その結果（数値）を「血圧」欄(2)に記入してください。

さらに、安静座位の数値が収縮期140mmHg以上、拡張期90mmHg以上であったときは、以下の項目について検査し、検査成績書を添付してください。

・総コレステロール	・HDL-コレステロール	・LDL-コレステロール	・トリグリセライド
・クレアチニン	・尿素窒素	*尿蛋白定量	*尿沈査
* 次の尿定性検査（蛋白・糖）が陰性の場合は「尿蛋白定量」「尿沈査」を省略			

6 尿蛋白

検査の結果、(+)以上のときは、早朝尿により再検査し、その結果を「その他の所見」欄に記入するか、検査成績書を添付してください。

さらに、早朝尿が(-)でなかった場合は以下の項目について検査し、検査成績書を添付してください。

・尿蛋白定量	・尿沈査	・尿素窒素	・クレアチニン
--------	------	-------	---------

7 尿糖

検査の結果、(+)以上のときは、食後2時間の尿により再検査し、その結果を「その他の所見」欄に記入するか、検査成績書を添付してください。

さらに、食後2時間の尿が(-)でなかった場合は以下の項目について検査し、検査成績書を添付してください。

・血糖	・ヘモグロビンA1c
-----	------------

8 心電図

正常範囲以外の場合は、必ず心電図を添付してください。

9 その他

上記の他、この健康診断証明書の記入に際し、必要なものがあれば検査をし、その結果を「その他の所見」欄に記入するか、検査成績書を添付してください。他に所見がない場合は「特になし」等と記入してください。

また、日常生活及び勤務への支障の有無について、「その他の所見」欄下部に記入してください。

【医療機関各位へのお願い】

健康（診断）証明書を作成いただくにあたり、再検査や追加の検査が必要となった場合は、検査結果報告書等を御提出いただくか、本様式に御記載ください。

再検査等結果通知書

受診者氏名 _____

↓ 該当する項目に「○」を御記載ください。

○欄	項 目	検 査 結 果																	
	胸部 エックス 線	(直接) 年 月 日 撮影 所見あり ・ 所見なし []																	
	視 力	裸眼 右 左	矯正 右 左																
	血 圧	(参考) 収縮期 mmHg / 拡張期 mmHg 検査結果を添付していただくか、下記に御記入ください。 <table border="1"> <tr> <td>総コレステロール</td> <td>mg/dL</td> <td>トリグリセライド</td> <td>mg/dL</td> </tr> <tr> <td>HDL-コレステロール</td> <td>mg/dL</td> <td>尿素窒素</td> <td>mg/dL</td> </tr> <tr> <td>LDL-コレステロール</td> <td>mg/dL</td> <td>クレアチニン</td> <td>mg/dL</td> </tr> </table> 【以下については尿定性検査(蛋白・糖)が陰性の場合は省略可】 <table border="1"> <tr> <td>尿蛋白定量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿沈渣</td> <td></td> </tr> </table>		総コレステロール	mg/dL	トリグリセライド	mg/dL	HDL-コレステロール	mg/dL	尿素窒素	mg/dL	LDL-コレステロール	mg/dL	クレアチニン	mg/dL	尿蛋白定量		尿沈渣	
総コレステロール	mg/dL	トリグリセライド	mg/dL																
HDL-コレステロール	mg/dL	尿素窒素	mg/dL																
LDL-コレステロール	mg/dL	クレアチニン	mg/dL																
尿蛋白定量																			
尿沈渣																			
	尿	<table border="1"> <tr> <td>蛋白(早朝尿)</td> <td>-</td> <td>±</td> <td>+</td> <td>++</td> <td>+++</td> </tr> <tr> <td>糖(食後 2 時間)</td> <td>-</td> <td>±</td> <td>+</td> <td>++</td> <td>+++</td> </tr> </table> 上記が陰性でない場合、以下の検査結果を添付してください。 【蛋白】・尿蛋白定量 ・尿素窒素 ・尿沈渣 ・クレアチニン 【糖】・血糖 ・ヘモグロビン Alc		蛋白(早朝尿)	-	±	+	++	+++	糖(食後 2 時間)	-	±	+	++	+++				
蛋白(早朝尿)	-	±	+	++	+++														
糖(食後 2 時間)	-	±	+	++	+++														
	その他																		
上記のとおりであることを証明する。 年 月 日 医 療 機 関 名 (所在地・電話番号) 診 療 科 名 医 師 氏 名																			

----- 【埼玉県教育委員会使用欄】 以下は記入しないでください -----

判 定	左記のとおり判定する。 年 月 日 医療機関名 埼玉県教育局教育総務部福利課分室 さいたま市浦和区高砂3-14-21 医 師 氏 名
-----	---

(裏)

【医療機関の先生方へのお願い】

この「再検査結果通知書」は、健康(診断)証明書とあわせ、埼玉県公立学校教職員採用時に必要となる書類です。健康(診断)証明書を作成いただくにあたり、再検査や追加の検査が必要となった場合には、検査結果報告書等を添付いただくか、本様式に御記入ください。

(参考)

胸部 エックス線	直接撮影で検査してください。(デジタル撮影も可。間接撮影は不可) 感染性の異常所見があるときは、フィルムまたは CD を添付してください。 また、診断名が「肺結核」の場合は、「日本結核病学会病型分類に基づく病型」及び「指導区分」を記入してください。								
視 力	左右いずれかの視力が 0.7 未満のときは、矯正視力を測定してください。 矯正視力でも左右いずれかが 0.7 未満のときは、再矯正の上で測定し、再検査結果として測定結果を提出してください。 再矯正を行っても 0.7 未満と見込まれる場合には、「現症(視覚障害)」欄に症状・病名を記入し、「その他」欄に日常生活及び勤務への制限についても御記載ください。								
血 圧	収縮期 140 mmHg 以上、又は拡張期 90 mmHg 以上のときは、安静座位にて再度測定し、その数値を(2)欄に記入してください。 2 回目の測定でも上記の基準値を超える場合には、以下の項目についても検査し、結果を提出してください。 ○ 血液検査 <table border="1" data-bbox="395 1086 1391 1164"> <tr> <td>総コレステロール</td><td>HDL-コレステロール</td><td>LDL-コレステロール</td></tr> <tr> <td>トリグリセライド</td><td>尿素窒素</td><td>クレアチニン</td></tr> </table> ○ 尿検査(尿定性検査(尿蛋白・尿糖)が陰性の場合は省略可) <table border="1" data-bbox="395 1243 1082 1276"> <tr> <td>尿蛋白定量</td><td>尿沈査</td></tr> </table>	総コレステロール	HDL-コレステロール	LDL-コレステロール	トリグリセライド	尿素窒素	クレアチニン	尿蛋白定量	尿沈査
総コレステロール	HDL-コレステロール	LDL-コレステロール							
トリグリセライド	尿素窒素	クレアチニン							
尿蛋白定量	尿沈査								
尿蛋白	検査結果が(+)以上のときは、早朝尿により再検査をし、再検査結果として提出してください。 早朝尿による検査結果が陰性(-)でない場合は、以下の項目について検査し、結果を提出してください。 ○ 早朝尿 <table border="1" data-bbox="561 1456 906 1496"> <tr> <td>尿蛋白定量</td><td>尿沈査</td></tr> </table> ○ 血液検査 <table border="1" data-bbox="590 1512 986 1552"> <tr> <td>尿素窒素</td><td>クレアチニン</td></tr> </table>	尿蛋白定量	尿沈査	尿素窒素	クレアチニン				
尿蛋白定量	尿沈査								
尿素窒素	クレアチニン								
尿 糖	検査結果が(+)以上のときは、食後 2 時間の尿により再検査をしてください。 食後 2 時間尿での検査結果が陰性(-)でない場合は、以下の項目について検査(食後 2 時間)し、結果を添付してください。 <table border="1" data-bbox="422 1731 841 1769"> <tr> <td>血糖</td><td>ヘモグロビン A1c</td></tr> </table>	血糖	ヘモグロビン A1c						
血糖	ヘモグロビン A1c								

【問合せ】(検査項目について) 埼玉県教育局 福利課 健康づくり・メンタルヘルス担当

電話 048-830-6971

(上記以外について) 埼玉県教育局 小中学校人事課 人事・学事・働き方改革担当

電話 048-830-6937